

# علاج زيادة قصر النظر عند الأطفال

في فترة الطفولة، يتم علاج قصر النظر بواسطة النظارات الطبية او العدسات اللاصقة. جراحات تصحيح البصر مثل الليزك تستعمل عادةً عند البالغين عندما تثبت مقاسات النظارات الطبية.

قصر النظر المستمر عادة يبدأ في بداية الطفولة ويسوء مع نمو الطفل. العديد من الأسر تتساءل عن أسباب زيادة قصر النظر وإذا ما كان هنالك من وسيلة لوقفه أو إبطائه.

هناك عامل وراثي قوي لقصر النظر. لذلك، إذا كان أحد الأبوين مصاب بقصر النظر، فإنّ الطفل/ة معرّض/ة أكثر للإصابة بقصر النظر. بعض الدراسات الكبيرة لاحظت أنّ الأطفال الذين يقضون وقتاً أطول خارج المنزل هم أقل عرضة للإصابة بقصر النظر. السبب المحدد وراء ذلك غير واضح، ولكن يعتقد أن التعرّض لأشعة الشمس من الممكن أن يكون مفيداً. دراسات أخرى اقترحت أنّ الكثير من استخدام العيون للعمل على مسافة قريبة في سن صغيرة من الممكن أن يكون ضاراً.

تمّ اختبار العديد من الاقتراحات العلاجية لإبطاء سرعة زيادة قصر النظر. الاقتراحات الحالية تتضمن:

## • جرعة صغيرة من قطرات الأتروبين

أظهرت دراسات عديدة في أنحاء العالم أنّ جرعة صغيرة من قطرات الأتروبين من الممكن أن تبطئ زيادة قصر النظر. ولكن، من غير الواضح كيفية حدوث هذا.

قطرات الأتروبين هي قطرات موسّعة لحدقة العين؛ عادةً ما يتم استخدامها بعد عمليات العين أو إصابة العين أو التهاب العين؛ كما أنه يتم استخدامها في علاج كسل العين (amblyopia) لدى الأطفال.

الجرعة التجارية المتاحة لهذه الأغراض هي 1%. ولكن هذه الجرعة عادة ما تنتج عن توسيع حدقة العين وحساسية الضوء وعدم وضوح الرؤية القريبة. دراسات أخرى حديثة قامت بالتركيز على استخدام جرعات مخفّفة من قطرات الأتروبين لتقليل من الأعراض الجانبية لهذا العقار.

الجرعة الأقل هي 0.01%، وقد أظهرت فعالية لتقليل زيادة قصر النظر مع أعراض جانبية أقل مقارنةً بالجرعة الأعلى. والأعراض الجانبية تشمل حساسية للضوء وعدم وضوح الرؤية القريبة. كذلك، أظهرت دراسات سابقة أن إيقاف الدواء بجرعة 1% من الممكن أن يؤدي إلى ردّة فعل معاكسة مثل زيادة في قصر النظر (هذه المشكلة تحدث بشكل أقل عند إيقاف الجرعة المخفّفة).

هذا الاستخدام لقطرات الأتروبين يتطلب استعمال قطرات العين بصورة يومية لمدة سنة او سنتين على الأرجح ولأنّ هذه جرعة مخففة أكثر من الجرعة العادية، يتطلّب تحضيرها صيدلية مخصّصة. حالياً، يوجد العديد من الدراسات الطبية المستمرة التي تبحث استخدام جرعات مخففة من الأتروبين لتحديد أفضل جرعة لاستخدامها في إبطاء زيادة قصر النظر. ولذلك فإنّ الجرعة التي من الممكن أن يوصي بها الطبيب/ة قد تتراوح بين 0.01% و1% .

## • العدسات اللاصقة

تمّ تقييم العدسات اللاصقة المتعددة البؤر لإبطاء سرعة زيادة قصر النظر. ويمكن وصف أنواع مختلفة من العدسات اللاصقة في محاولة لإبطاء زيادة قصر النظر. في عام 2019 ، أصبحت عدسة mi-sight أولى العدسات التي يتم الموافقة عليها في الولايات المتحدة الأمريكية من ادارة الاغذية والعقاقير ال FDA. وهي عبارة عن عدسات يومية يجب التأكد من ملاءمتها عن طريق طبيب أو أخصائي عيون.

طريقة أخرى أقل شيوعاً لاستخدام العدسات في إبطاء سرعة قصر النظر هي ال ortho-k وتتطلب استخدام عدسات لاصقة جامدة نفاذة للغاز كل ليلة لإعادة تشكيل الجزء الأمامي الشفاف من العين الذي يسمى القرنية. ولكن هناك تأثير عكسي تم ملاحظته عندما يتم إيقاف استخدام هذه العدسة حيث يزداد قصر النظر.

المخاطر المصاحبة لاستخدام أي نوع من العدسات الطبية تتضمن: خربشة القرنية، والتقرّحات، والالتهابات، والندبات التي من الممكن أن تؤدي إلى فقد دائم للنظر.

## • زيادة قضاء وقت خارج المنزل والابتعاد عن الأجهزة الإلكترونية

هناك قلق مستمر خلال جائحة كوفيد 19 من زيادة استخدام الأجهزة الإلكترونية للتعليم عن بعد والذي من الممكن أن يؤدي إلى زيادة قصر النظر. الأبحاث أظهرت أن التعرض للضوء الطبيعي خارج المنزل من الممكن أن يقلل تطور قصر النظر. ويوصى حالياً أن يقضي الأطفال ساعتين على الأقل خارج المنزل كل يوم.

دائماً ينصح بمناقشة الفوائد والمخاطر من كل هذه الخيارات العلاجية مع طبيب/ة عيون الأطفال الخاص بك.

## References:

Modjahedi BS, Abbott RL, Rong DS, Lum F, Tan D on behalf of the task force on Myopia. Reducing the global burden of myopia by delaying the onset of myopia and reducing myopic progression in children. *Ophthalmol* 2020;1-11.

Chamberlain P, Peixoto-de-Matos, Logan NS, Ngo C, Jones D, Young G. A 3-year randomized clinical trial of MiSight lenses for myopia control. *Optom Vis Sci*. 2019;98(8):556-67.

Jones LA, Sinnott LT, Mutti DO, Mitchell GL, Moeschberger ML, Zadnik K. [Parental history of myopia, sports and outdoor activities, and future myopia](#). *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2007 Aug;48(8):3524-32.